

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

日付は空けておいて
ください。

年 月 日

小豆島町長 殿

申請者 住所 香川県小豆郡小豆島町〇〇甲△-□

氏名 小豆 島子

(被接種者との関係 母)

次の
欄第予防接種を受ける方
について記入してください。いので、小豆島町予防接種費の償還払いに関する要
種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	香川県小豆郡小豆島町〇〇甲△-□
	フリガナ	ショウズ ハナコ
	氏名	小豆 花子
	生年月日	平成〇〇年△月□日
保護者	氏名	小豆 島子
	電話番号	090-1234-5678
予防接種 の種類	B型肝炎 ヒブ 小児肺炎球菌 四種混合	
申請理由	(1) 里帰り出産のため	
	(2) 県外施設への入所等のため	
	(3) その他 ()	
依頼する 市区町村 医療機関名	〇〇県△△市□□番地 ●●病院	
滞在期間	平成29年4月1日～平成29年7月30日 予定	
滞在先	〒123-4567 〇〇県△△市□□番地	

予防接種を受ける医療機関がある市区町村
名と医療機関名を記入してください。
決まっていなければ、市区町村名のみで構い
ません。